

D'autre part, M. Siredey admet que les ganglions, siège de foyers secondaires, doivent contribuer à la diffusion des douleurs.

Il est à remarquer que les troubles nerveux font rarement défaut, plus ou moins marqués suivant que le terrain était plus ou moins préparé pour leur éclosion. Les malades deviennent tristes, irritables, se découragent facilement. Ils sont las dès le réveil, éprouvent de la difficulté à vaquer à leurs occupations habituelles et deviennent neurasthéniques, d'autres ont des manifestations hystériques. Les enfants se disent fatigués, tout d'un coup, sans raison.

L'état général subit le contre-coup constant de la lésion appendiculaire; ses modifications sont même très caractéristiques. Le facies est terreux ou présente une teinte jaunâtre; il est plus altéré que chez les simples dyspeptiques, et reflète nettement l'infection chronique de l'organisme; les yeux sont cernés, les traits souvent contractés. Tous les malades accusent un amaigrissement sensible, une impressionnabilité excessive aux variations de température, la perte des forces. L'amaigrissement est parfois tel que les malades peuvent perdre la moitié de leur poids (Ewald). Chez les enfants, la croissance est retardée. Il existe, en résumé, une véritable cachexie appendiculaire.

L'examen du malade donne des renseignements précieux; en effet, si la diffusion des douleurs spontanées ou leur localisation en des points éloignés du foyer appendiculaire sont de nature à induire en erreur, il n'en est pas de même de la douleur provoquée par la pression. Si l'on palpe avec soin la fosse iliaque droite, on trouve souvent, mais non à tous moments, un point douloureux très net, soit au lieu d'élection (point de Mac Burney), c'est-à-dire sur le milieu de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, soit dans son voisinage. Non seulement la pression en ce point détermine une douleur plus ou moins vive, mais encore elle peut réveiller les douleurs au niveau des foyers douloureux secondaires (irradiations nerveuses); elle provoque des nausées, parfois des vomissements. Il n'est pas rare de constater une zone d'hyperesthésie cutanée, au niveau du foyer appendiculaire (Lyon). Témoin (de Bourges) a remarqué que le malade, lorsqu'on exerce une pression au niveau de la région appendiculaire, fait instinctivement un mouvement de la cuisse droite sur le bassin, alors même que la douleur est minime. La douleur provoquée est donc un signe de premier ordre, sur l'importance duquel M. Walther a insisté avec raison.

Au niveau du point sensible à la pression on sent un cordon qui, d'ailleurs, n'est pas toujours l'appendice lui-même, mais peut être constitué par des adhérences.

L'état de la langue, habituellement chargée d'un enduit saburral, traduit la toxification chronique; de même celui du foie fréquemment augmenté de volume, sensible à la pression; le subictère n'est pas rare.

La dilatation de l'estomac constatée dans certains cas est due sans doute aux adhérences épiploïques.

Le ventre peut être ballonné ou bien au contraire rétracté; les anses intestinales sont, dans ce cas, en état de contracture spasmodique; on perçoit les « cordes » formées par le cæcum, le colon transverse.

La contracture des muscles droits, la défense musculaire est rare; par contre, il est fréquent de constater de l'hyperesthésie cutanée déjà signalée plus haut.

On ne doit pas négliger de pratiquer le toucher rectal qui permet parfois de sentir l'appendice collé contre le rectum.

Le tableau déjà si complexe est encore compliqué dans nombre de cas par les associations morbides, c'est-à-dire par la coexistence de l'appendicite chronique avec une affection abdominale quelconque: hernie, fibrome, kyste ovarique, salpingite, etc... On conçoit quelles difficultés, parfois insurmontables, peut présenter le diagnostic, quand, aux symptômes de l'appendicite chronique, viennent s'associer ceux d'une des affections précitées.

Nous reviendrons sur ce point en traitant du diagnostic.

La marche est essentiellement chronique avec des accalmies et des exacerbations. Les accidents débent généralement à la suite d'une crise aiguë, mais courte et légère qui a passé inaperçue. Le diagnostic de coliques, d'indigestion, a été porté et le malade omet de signaler les accidents du début, lorsque les troubles sont déjà anciens. D'ailleurs, il semble bien que, dans certains cas, l'appendicite revêt d'emblée la forme chronique; les phénomènes locaux se perdent en quelque sorte au milieu des manifestations à distance qui concentrent l'attention sur elles seules.

Nous avons déjà noté les exacerbations qui se produisent au moment des règles (dues sans doute à des troubles vaso-moteurs). Qu'elles surviennent à l'occasion des règles ou bien sous toutes autres influences, les poussées aiguës se traduisent par l'exagération ou le réveil des douleurs spontanées, par leur localisation plus nette dans la fosse iliaque, par quelques nausées ou vomissements, par une élévation légère de température (58; 58°,5), par l'accélération du pouls (100 pulsations), etc... Ces poussées sont d'ailleurs de courte durée, parfois de quelques heures seulement. Elles ne présentent pas en général de gravité, parce qu'habituellement le péritoine est protégé par de solides adhérences fibreuses; mais il n'en est pas toujours ainsi, car les adhérences peuvent faire défaut et des crises aiguës menaçantes peuvent survenir après de longues années de maladie. M. Siredey a relaté en détail une fort intéressante observation où les accidents graves sont survenus vingt-cinq ans après le début des premiers maux. La première crise aiguë nettement caractérisée est survenue chez une de nos malades, trente-trois ans après le début des accidents (opérée par le D^r Arrou).

Il est d'ailleurs certain que bien souvent des crises aiguës d'appendicites réputées primitives, que des appendicites perforantes gangréneuses, ont été précédées pendant des mois ou des années de troubles dont la signification avait échappé: maux après le repas, élançements pendant la marche ou une course en voiture; vomissements subits, inexplicables!

Dans certains cas, ce n'est pas une poussée aiguë d'appendicite qui survient, mais bien une occlusion intestinale due à l'exagération de courbure des angles coliques sous l'influence de brides.

Les accalmies sont favorisées par le repos, par un régime sévère; elles peuvent être d'assez longue durée, souvent de plusieurs mois.

La durée peut être fort longue; c'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister.

Nous avons fait opérer une jeune fille qui était malade depuis treize ans (première phase avec constipation opiniâtre ayant duré six ans; deuxième phase d'une durée de sept années, au cours de laquelle une diarrhée putride ne cessa pas un seul jour). Nous avons également fait opérer une malade qui, depuis plus de trente ans, avait été traitée par de nombreux médecins pour constipation et neurasthénie et par nous-mêmes pendant trois ans pour de la colite muco-membraneuse, sans le moindre succès jusqu'au jour où une crise légère, mais nette, vint nous mettre sur la voie du diagnostic et rappeler à la malade qu'à plusieurs reprises, au cours de sa longue existence tourmentée, elle avait présenté des accidents analogues.

L'intervention a été suivie d'une guérison complète malgré la durée exceptionnelle de la maladie.

Le pronostic est sérieux. Même dans les cas où le malade est à l'abri du danger de la péritonite généralisée, par suite de la formation d'adhérences protectrices, le pronostic est à réserver puisque l'on ne peut compter sur la disparition spontanée des troubles morbides, tant que subsiste leur cause; non seulement les accidents persistent, mais ils semblent augmenter d'intensité au fur et à mesure que la maladie devient plus ancienne. Le pronostic est grave encore parce que les malades sont toujours sous le